UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908 N° 14

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

KYSTES SYNOVIAUX DU MOLLET

et de l'articulation péronéo-tibiale supérieure

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1907

PAR

Jean-Marie-Dominique DESCLAUX

Né à Horgues (Hautes-Pyrénées), le 16 octobre 1881.

Examinateurs de la Thèse	MM. DEMONS,	professeur...	*Président.*
	VILLAR,	professeur...	*Juges.*
	VENOT,	agrégé.....	*Juges.*
	GUYOT,	agrégé.....	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908 N° 14

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

KYSTES SYNOVIAUX DU MOLLET

et de l'articulation péronéo-tibiale supérieure

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1907

PAR

Jean-Marie-Dominique DESCLAUX

Né à Horgues (Hautes-Pyrénées), le 16 octobre 1881.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse	MM. DEMONS,	professeur...	*Président.*
	VILLAR,	professeur...	*Juges.*
	VENOT,	agrégé.....	*Juges.*
	GUYOT,	agrégé.....	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE.....

	MM.		MM.
Clinique interne	PICOT. PITRES.	Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.	Chimie	BLAREZ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.	Histoire naturelle	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire ...	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchem^ts.	LEFOUR.	Médecine expérimentale ...	FERRÉ.
Anatomie pathologique.	COYNE.	Clinique ophtalmologique..	BADAL.
Anatomie	GENTES (chargé)	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique gynécologique....	BOURSIER.
Physiologie	JOLYET.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Hygiène	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGÈS.
Médecine légale	L. LANDE.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
		Pathologie exotique.....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires ..... POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez ..... MOURE.
Clinique des maladies mentales..... RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale).*

MM. MONGOUR. CABANNES. | MM. VERGER. ABADIE. | M. CRUCHET.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.. { MM. BÉGOUIN. VENOT. GUYOT. | Accouchements .... { MM. ANDÉRODIAS. PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie ..... { MM. GENTES. CAVALIÉ. | Histoire naturelle..... { MM. BEILLE. MANDOUL.
Physiologie ..... GAUTRELET.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH. | Pharmacie..... { MM. BARTHE. LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne..... MM. RONDOT.
Accouchements ..... PERY.
Physiologie..... GAUTRELET.
Ophtalmologie ..... LAGRANGE.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Pour les lourds sacrifices qu'ils se sont imposés durant mes années d'études.

A MON ONCLE

Faible témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma plus vive affection.

A MA SŒUR ADÉLAÏDE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Société de chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,

Que Monsieur le Professeur Demons reçoive dans cette circonstance nos plus grands remercîments et l'assurance de notre plus vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer notre vie d'étudiant, nous avons à cœur de remercier nos éminents maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui ont bien voulu nous témoigner de l'intérêt; nous sommes heureux de l'occasion que nous offre notre thèse inaugurale pour leur exprimer notre profonde reconnaissance.

Nous tenons à remercier tout spécialement M. le professeur Demons, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. Puybaubert, interne des hôpitaux, au service de M. le professeur Demons, nous a donné l'idée première de notre travail et ne nous a jamais ménagé ses conseils; nous l'en remercions ici bien cordialement.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

KYSTES SYNOVIAUX DU MOLLET

ET DE L'ARTICULATION PÉRONÉO-TIBIALE SUPÉRIEURE

I

Introduction. — Historique.

Dans le présent travail, nous nous sommes attaché à n'étudier que deux catégories de kystes nés dans la région intermédiaire au genou et à la jambe. En effet, la plupart des auteurs classiques étudient sous le nom de kystes poplités tous les cas de kystes développés dans le voisinage du genou. C'est ainsi qu'ils rattachent au genou ou au creux poplité des kystes développés dans le jambier antérieur et descendant jusqu'au tiers moyen de la jambe ou même plus bas. Ces kystes poplités, en général, furent étudiés successivement par Cloquet, Velpeau. Mais c'est Foucher qui le premier, en 1854, en publia trois cas,

et en 1856, dans son mémoire paru dans les *Archives générales de médecine,* il en décrivit quatre variétés :

1° Hydropisies des synoviales tendineuses;

2° Kystes folliculaires;

3° Hernie de la synoviale articulaire ou kyste arthro-synovial;

4° Kyste séreux libre.

Il pensait qu'un grand nombre de kystes poplités prenaient naissance dans les bourses séreuses comme l'avaient déjà pensé Longy (1852), Burguet (1854), Baudoin (1855), Olivier (1865).

Plusieurs études parurent ensuite. Celle de Nélaton (1859), dans sa pathologie chirurgicale, celle de Kirmisson (Traité de chirurgie Duplay et de Reclus), celle de Nancrède (1884, Encyclopédie internationale de chirurgie), où contrairement aux deux auteurs précédents il penche beaucoup à faire jouer un grand rôle à la hernie synoviale.

En 1877, Morrant Baker étudie en Angleterre ces kystes, surtout au point de vue de leurs rapports avec les affections antérieures du genou.

Enfin plus récemment les articles de Nicaise (*Revue de chirurgie,* 1883), les articles de Schwartz, de Testut et Jaboulay dans les dictionnaires Jaccoud et Dechambre ont contribué, avec les publications anatomiques de Poirier et ses articles (*Archives générales de médecine,* 1886) et congrès de Berlin (1890), à mettre au point la question des kystes poplités. Seuls les kystes développés aux dépens de l'articulation péronéo-tibiale supérieure ont été peu étudiés jusqu'en 1900 où parut la thèse de Rouxel sur les kystes extra-poplités. Dans cette thèse, il étudie tous les kystes nés ou développés en dehors du creux poplité soit vers la cuisse, soit vers la jambe. Il cite une observation de kyste de l'articulation péronéo-tibiale supérieure et plusieurs cas de kystes erratiques du mollet ou de la cuisse. Dans notre travail, nous avons restreint l'extension qu'avait donnée Rouxel à sa thèse et nous avons essayé de faire une étude de tout un groupe de kystes qui, quoique de sièges différents, nous ont paru présenter plusieurs analogies.

Nous allons étudier ici tous les kystes qui se sont développés

dans la loge antéro-externe de la jambe et présentant les caractères des kystes synoviaux. Nous laissons donc de côté tous les cas de kystes dont l'origine n'est pas dans une séreuse tendineuse ou articulaire. A la région postérieure, nous étudierons tous les cas de kystes développés dans le mollet et nous montrerons que tous ces kystes viennent de la moitié externe de la région qu'ils occupent. En effet, tous les kystes intra-musculaires du mollet ont été reconnus comme appartenant à un des prolongements ou à une des bourses qui sont annexés au muscle poplité ou à son tendon. Ces kystes se comportent toujours d'une façon à peu près semblable, de même que ceux de la loge antérieure. Nous essayerons de montrer les relations anatomiques qui existent entre ces deux variétés de kystes et nous tâcherons de déduire des connaissances anatomiques que nous exposerons dans le chapitre suivant les conditions qui président au développement et à la symptomatologie de ces productions.

II

Notions anatomiques.

Avant d'entreprendre l'étude clinique des kystes qui nous occupent, nous donnerons ici quelques notions sur l'anatomie normale des régions qui seront leur siège. L'origine de ces kystes se faisant dans deux organes séreux situés dans la moitié externe de la partie supérieure de la jambe, il est intéressant de connaître les raisons anatomiques qui vont présider à la formation et au développement de ces kystes. Cliniquement, en effet, ils occupent toujours deux régions qu'ils paraissent ne pouvoir occuper que dans quelques conditions bien déterminées. Nous allons donc étudier d'abord la *région antéro-externe* (partie supérieure) de la jambe et ensuite nous étudierons la *région postérieure*.

Région antéro-externe de la jambe.

Nous n'étudierons pas toute la région antéro-externe de la jambe, mais seulement la moitié supérieure de cette région. Nous ferons remonter, par raison clinique de l'étude qui nous occupe, mais sans aucune intention de modifier les données classiques, la limite supérieure de notre région à la ligne circonférencielle du plateau externe du tibia. En dedans, nous la limiterons : en bas à la crête du tibia ; en haut, par une ligne unissant cette crête au bord externe de la rotule. En dehors, elle s'étendra jusqu'au bord externe du péroné facilement accessible à la palpation à travers les couches superficielles.

La région ainsi délimitée est formée d'une portion que les auteurs classiques rattachent à la face antéro-externe du genou,

correspondant à la portion externe de l'extrémité supérieure du tibia et à une faible portion de l'extrémité supérieure du péroné. Toute cette partie est la partie saillante du système osseux qui occupe notre région totale. Une seconde portion sous-jacente à la précédente, formée au contraire d'une charpente osseuse excavée et que nous décrivons plus longuement, sera le siège favori des kystes arthro-synoviaux antérieurs, ou kystes péonéo-tibiaux supérieurs.

La *portion supérieure* de la région antéro-externe de la jambe, portion osseuse, présente à la vue une forme convexe se continuant en bas avec la partie musculo-osseuse également convexe en avant. Sur la première portion, il est possible de distinguer immédiatement au-dessous de la dépression latéro-rotulienne externe trois saillies, l'une se continuant avec le tendon rotulien qui s'insère sur elle, la tubérosité antérieure du tibia ; située sur la ligne médiane du genou et de la jambe, elle est la borne supérieure de la limite interne de notre région.

Une autre saillie moyenne située à un demi-centimètre au-dessus de la précédente, légèrement étalée en croissant et semblant gagner par un de ses angles la tubérosité antérieure du tibia, est formée par le rebord externe du plateau externe du tibia. Plus en dehors, à la limite de la face antéro-externe et de la face postérieure de la jambe, se trouve une troisième saillie, saillie externe, située un centimètre environ plus bas que la précédente. Cette saillie correspond à la tête du péroné, est très perceptible, à peu près hémisphérique à la palpation et à la vue. Ces trois dépressions sont séparées par deux sillons dont seul l'externe est bien marqué et sépare la tête du péroné du rebord externe du plateau tibial externe. Quand la jambe est placée dans la flexion, les deux tubérosités internes deviennent peu visibles. La saillie externe, au contraire, devient un peu plus saillante et le sillon externe devient plus profond semblant contourner la face externe de l'extrémité du tibia, pour aller en arrière se continuer avec le pli de flexion du genou.

A la palpation, cette région nous montre immédiatement sous-aponévrotiques les saillies osseuses énumérées ci-dessus et les

dépressions correspondantes. Aucun plan musculaire ne vient s'interposer en avant, seul en dedans trouverons-nous le bord externe de la partie inférieure du tendon rotulien, et en dehors partant de la tête du péroné, et surtout palpable dans la flexion de la jambe, la partie inférieure du tendon du biceps, qui est, dans sa partie inférieure, situé à la partie externe de la jambe.

A la dissection, rien de bien particulier dans cette région. La peau glisse peu sur les plans sous-jacents, le tissu cellulaire, assez dense, contient peu de graisse. Un réseau veineux peu développé et un réseau artériel formé des rameaux sus-aponévrotiques de la récurrente tibiale antérieure et de l'articulaire inférieure externe sont compris dans ce tissu cellulaire. Au-dessous, l'aponévrose d'engaînement du membre inférieur, adhérente (Testut) par sa face profonde au ligament rotulien et à la tubérosité antérieure du tibia, et en dehors aux deux saillies moyenne et externe que nous avons décrites. Au niveau de sa moitié externe, l'aponévrose qui nous occupe reçoit des faisceaux aponévrotiques de renforcement du ligament iléo-tibial ou bandelette de Maissiat, ou tendon dissocié du tenseur du fascia lata, qui vient s'insérer sur la tête du péroné et sur le tubercule de Gerdy. Au-dessous de cette aponévrose existe un espace celluleux comblant les parties où l'aponévrose n'adhère pas aux surfaces osseuses, et dans lequel nous trouvons quelques veines et des artères formant un réseau plus important que le réseau artériel sous-cutané et formé par des branches sous-aponévrotiques des mêmes artères. Enfin, formant le plan résistant, nous avons la partie antéro-externe de l'extrémité supérieure du tibia avec son bord périphérique, formant avec le tubercule de Gerdy la saillie moyenne de notre région. En dedans, la tubérosité antérieure du tibia. En dehors, la région antérieure de la tête du péroné et la partie toute supérieure de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

La deuxième portion de la région antéro-externe qui nous occupe, est, comme nous l'avons dit, formée par une paroi osseuse excavée ; aussi, pour la décrire, commencerons-nous par cette charpente ostéo-ligamenteuse.

La face externe du tibia et ses bords antérieur et externe, la face interne du péroné, sa face externe et ses bords antérieurs et interne concourent à sa formation. Pour cela, la face externe du tibia et interne du péroné sont incurvées l'une vers l'autre à la partie supérieure, résultat de l'élargissement donné par la formation des épiphyses péronéale et tibiale; et ses deux faces, ont, de plus, des plans orientés de telles façons que la distance séparant le bord antérieur du péroné du bord antérieur du tibia, soit le double de celle séparant le bord interne du péroné du bord externe du tibia. Alors que les deux bords interne du péroné et externe du tibia se rejoignent immédiatement au dessous de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, ils s'éloignent l'un de l'autre à mesure qu'ils descendent pour former un orifice ou espace interosseux dont seule la moitié supérieure va nous intéresser. Dans cette moitié supérieure, cet orifice interosseux a une forme ovale dont le maximum de largeur correspond au tiers supérieur de la jambe.

Normalement, cet espace ovalaire interosseux est comblé par un ligament interosseux dont les fibres sont un peu obliques et allant en remontant du péroné vers le tibia. Ces fibres aponévrotiques laissent dans la partie supérieure de l'espace un orifice triangulaire limité par les bords interne du péroné et externe du tibia se rencontrant à angle aigu et les fibres les plus hautes du ligament interosseux partant du péroné à angle aigu et arrivant sur le bord tibial à angle obtus. Toutes ces fibres du ligament interosseux réunissent le bord interne du péroné au bord externe du tibia.

Ce sont donc ces diverses formations ostéo-ligamenteuses qui, jointes à la face antérieure de l'articulation péronéo-tibiale supérieure (que nous étudierons plus tard), forment cette excavation où nous allons maintenant loger des organes importants. Ce sont d'abord quatre muscles, dont trois seulement occupent la partie supérieure de la loge. Le plus interne des trois, le *jambier antérieur,* s'insérant sur toute la portion de l'extrémité supérieure du tibia qui sépare la tubérosité antérieure du tibia du tubercule de Gerdy, sur ce tubercule de Gerdy lui-même,

cutané ayant contourné le col du péroné va traverser la partie supérieure du long péronier latéral pour aller ensuite cheminer entre les deux péroniers et finalement entre le court péronier et l'extenseur commun.

Le nerf tibial, après avoir traversé le long péronier, va encore traverser l'extenseur commun presque transversalement pour aller rejoindre l'artère tibiale antérieure qu'il va suivre désormais sur le ligament interosseux. Durant ce trajet, le musculo-cutané donne des rameaux d'innervation des péroniers et le tibial antérieur les rameaux du jambier antérieur, de l'extenseur commun, de l'extenseur propre du gros orteil.

Nous avons donc là la constitution musculo-osseuse de notre loge antérieure de la jambe. Au-dessus de l'aponévrose, nous avons le tissu cellulaire peu lâche contenant de nombreuses veines et quelques filets nerveux du cutané péronier. Extérieurement cette région nous présente à la vue une forme convexe en avant. Avec une saillie très visible en dedans, la saillie de la face antérieure du jambier antérieur, dépassant généralement la crête du tibia. En dehors, la région uniformément arrondie se continue avec la région du mollet. A la palpation, il est facile de repérer la crête du tibia ou limite interne de notre région. En dehors, la face externe du péroné. Par la contraction des muscles, il est également possible, sur le vivant, de repérer exactement les situations des trois muscles : jambier, extenseur commun, long péronier latéral ; seul le nerf sciatique poplité externe est parfois perceptible à la palpation quand il contourne le col du péroné.

Déduction pathologique. — Après l'étude que nous venons de faire de la région antéro-externe de la jambe, nous pouvons conclure qu'il va exister deux régions qui vont se comporter différemment dans les cas où elles seront le siège d'une affection pathologique. Au point de vue anatomo-pathologique, toute affection développée dans la partie supérieure formée surtout du massif osseux ne pourra avoir lieu sans amener une déformation très apparente de sa forme extérieure. De plus, toute affection développée à ce niveau sous l'aponévrose va être bridée

par cette aponévrose qui est adhérente en plusieurs endroits et une collection liquide ne pourrait augmenter de volume qu'à condition de rompre l'aponévrose ou de fuser soit vers le genou, soit vers la loge musculaire de la jambe. Au contraire, dans la partie musculo-aponévrotique, une affection liquide pourra facilement se développer soit dans les muscles eux-mêmes, soit dans les interstices musculaires. Cette collection ne sera arrêtée par aucune formation dans sa descente ; au contraire, dans sa partie supérieure, les deux aponévroses inter-musculaires antérieures et l'aponévrose musculaire externe semblent devoir présider à la direction primitive de la collection. Ainsi une collection liquide partie de l'articulation péronéo-tibiale supérieure pourra primitivement aboutir dans la loge du long péronier latéral, et à ce moment gagner la face postérieure du muscle ou être interstitiel en descendant. Elle pourra gagner l'interstice qui sépare le long péronier de l'extenseur commun mais seulement dans sa partie inférieure où il n'existera plus de cloison intermusculaire. De même une pareille collection partie du même point pourra se développer vers la loge de l'extenseur commun ou même du jambier antérieur, ou suivant l'artère tibiale antérieure se développer dans l'interstice de ces deux muscles. Au point de vue symptomatologique, toute collection développée dans cette loge ostéo-musculaire présentera au début des caractères peu apparents, et lorsque la tumeur aura acquis des dimensions capables de la rendre visible ou nettement palpable, elle aura forcément amené des troubles de compression des organes qui y sont contenus. Mais ici deux caractères différents vont apparaître suivant qu'on aura affaire à une compression siégeant dans la loge du long péronier, au contraire dans les deux loges internes. En effet, dans la loge du long péronier deux branches nerveuses importantes vont être nécessairement comprimées par toute tumeur solide ou liquide même de petit volume qui se développerait dans la partie supérieure de cette loge peu extensible. Nous aurons donc, dans ce cas, des troubles de la motilité et de la sensibilité des régions musculaires ou cutanées recevant leur innervation de ces deux nerfs.

Par contre, l'artère tibiale antérieure peut ne pas être comprimée et la palpation de la pédieuse montrera l'existence de la pulsation à ce niveau. Dans la loge des extenseurs communs ou du jambier antérieur, seul le nerf tibial antérieur pourra être comprimé et seuls les groupes musculaires innervés par ce nerf seront atteints dans leur fonctionnement. Mais ici l'artère tibiale sera à peu près sûrement obstruée par compression.

Il semblerait que, cette loge communiquant par ses parties postéro-supérieures et externes avec les loges postérieures de la jambe, une collection développée à son intérieur peut passer par les deux orifices interosseux supérieurs et du sciatique poplité externe. Jusqu'ici nous ne connaissons pas de cas de collection ayant communiqué à travers ces orifices d'une loge à l'autre, mais il paraît logique de considérer comme possible cette communication.

Région postérieure de la jambe.

Cette région est constituée par un plan ostéo-ligamenteux en arrière duquel on trouve une forte couche musculo-aponévrotique. Pour limiter notre région, il nous est facile de prendre comme limite interne le bord interne du tibia et comme limite externe le bord externe du péroné. Ces limites osseuses, peu appréciables du côté externe, sont à ce niveau continuées en dehors par la cloison intermusculaire externe. En haut, il nous sera difficile de donner une limitation précise. Pour cadrer avec les formations pathologiques qui nous occupent, il nous est inutile de connaître la région située au-dessous du bord supérieur du muscle poplité. Aussi, comme extérieurement rien ne nous permet de faire cette délimitation, nous baserons-nous sur le pli de flexion poplité qui correspond sensiblement à la ligne de projection de l'interligne articulaire. Nous comprenons ainsi dans notre description la partie inférieure de ce que les classiques appellent le creux poplité. Extérieurement, la jambe étant en extension, cette région postérieure nous présente la forme suivante : une saillie volumineuse et diminuant de volume en

haut et surtout en bas qui constitue le mollet. En haut de cette saillie, sur la ligne médiane, une dépression constituant la partie inférieure du creux poplité et latéralement à cette dépression, deux saillies linéaires, l'externe venant aboutir à la tête du péroné, l'interne au condyle interne du tibia. Si nous disséquons cette région, nous retrouvons successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané assez lâche et se laissant facilement plisser; il contient des veines et des nerfs. Au dessous de l'aponévrose d'enveloppe de la jambe qui va se continuer en dehors avec celle de la région antéro-externe au niveau de l'aponévrose intermusculaire externe. En dedans, cette aponévrose vient se fixer sur le bord interne du tibia. Cette aponévrose présente dans sa partie supérieure quelques particularités; elle est adhérente au tendon qui vient s'insérer de chaque côté de la partie supérieure de la jambe.

Au-dessous de l'aponévrose, nous trouvons la couche musculaire superficielle formée par les deux muscles jumeaux accolés sur la ligne médiane et qui dans leur partie supérieure sont en dehors de la région qui nous occupe. A la partie externe, le bord externe du jumeau externe est recouvert par les dernières fibres du biceps et longé ensuite par le tendon de ce muscle biceps qui vient s'insérer sur la tête du péroné. Le tendon du biceps et le muscle jumeau forment ainsi un angle dans lequel va descendre le nerf sciatique poplité externe qui vient d'occuper la partie externe du creux poplité. Il abandonne à ce niveau, son rameau cutané péronier, qui va devenir un peu plus bas sus-aponévrotique et le filet qui va se réunir à une branche du sciatique poplité interne descendant dans l'interstice des jumeaux pour former le nerf saphène externe. Dans cet interstice des jumeaux, se trouve également la veine saphène interne. En dedans, croisant la partie supérieure et le bord du jumeau interne, nous avons les tendons de la patte d'oie (du demi-tendineux, couturier, droit interne).

Au-dessous de cette couche musculaire, nous avons dans la partie supérieure des formations musculaires et aponévrotiques importantes. Ce sont d'abord le plantaire grêle. Si nous suppo-

sons enlevés les deux jumeaux et le plantaire grêle et réclinés les muscles latéraux du genou et leurs tendons, nous verrons que nous tombons, en mettant de côté pour l'instant les organes vasculo-nerveux, sur le plan profond de la partie supérieure de notre région constituée par les parties supérieures de l'extrémité tibiale recouverte des formations ligamenteuses de l'articulation du genou. A partir de ce moment intervient une nouvelle aponévrose qui va diviser notre région postérieure de la jambe en deux loges. L'une, ou loge postérieure, est celle que nous venons d'étudier et qui est subdivisée en deux par l'aponévrose du soléaire. Ce muscle inséré sur la tête du péroné et sur la face postérieure du même os, ensuite sur la ligne oblique du tibia en dessous du poplité, forme entre ses insertions péronières et tibiales une arcade aponévrotique. De là, il descend en formant un corps musculaire très aplati et occupant toute la largeur du mollet qui va être séparé des jumeaux par une mince aponévrose. Dans la loge antérieure vont se loger les muscles profonds ; le jambier postérieur situé sur la partie médiane prend ses insertions sur les deux tiers supérieurs du ligament interosseux et sur la face interne du péroné. Le long fléchisseur commun des orteils situé en dedans du dernier muscle s'insère sur la ligne oblique et sur la face postérieure du tibia. Le fléchisseur propre du gros orteil est situé en dehors, s'insérant sur la face postérieure du péroné. Ces trois muscles vont s'insérer en échelons les uns au-dessus des autres si bien que, alors que le fléchisseur propre a ses fibres les plus hautes situées au milieu du péroné, le fléchisseur commun a ses fibres les plus hautes insérées immédiatement au niveau du col du péroné. L'espace osseux qui se trouverait ainsi libre de formations musculaires dans sa partie supérieure, c'est-à-dire la face postérieure des extrémités supérieures du tibia et du péroné, va être recouverte en partie par le muscle poplité. Ce muscle, inséré sur la lèvre supérieure de la ligne oblique du tibia et sur toute l'étendue de la face de l'os située au-dessus de cette ligne, va en montant obliquement de dedans en dehors s'insérer sur le condyle externe. Dans ce trajet son bord inférieur côtoie la tête du

péroné et recouvre une partie de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Tous ces muscles sont recouverts par une aponévrose dite aponévrose profonde qui s'étend du bord interne du tibia au bord externe du péroné. Cette aponévrose, très forte en haut où elle recouvre le muscle poplité, est relativement amincie au-dessous de ce muscle. Sur cette aponévrose vient s'insérer la formation qu'on appelle l'arcade du soléaire. Plus profondément nous avons le plan ostéo-ligamenteux qui est formé par les faces postérieures du péroné et du tibia et par la face postérieure du ligament interosseux, et en haut par les parties postérieures des extrémités supérieures du tibia et du péroné.

Déduction pathologique. — Organes vasculo-nerveux. — Nous avons vu les organes vasculo-nerveux contenus dans les couches superficielles. Profondément nous avons dans la partie toute supérieure l'artère poplitée reposant sur le muscle poplité et l'aponévrose profonde par conséquent, accompagnée des veines poplitées; cette artère donne, dans la partie supérieure de la région qui nous occupe, les artères articulaires supérieures et les jumelles. Ensuite elle se divise en deux branches : la tibiale antérieure que nous avons déjà vue passer dans la loge antéro-externe de la jambe et le tronc tibio-péronier. Ce dernier, formé seulement après le passage de la poplitée sous l'anneau du soléaire, va se diviser en deux branches : la tibiale postérieure et la péronière. Ces deux artères, accompagnées du nerf tibial postérieur, vont se trouver dans un dédoublement de l'aponévrose profonde. Dans la partie supérieure, nous avons le nerf sciatique poplité interne, d'abord compris dans la loge postérieure mais qui, après son passage sous l'anneau du soléaire, va se trouver dans le dédoublement de l'aponévrose profonde.

Déduction pathologique. — D'après ce que nous connaissons de l'anatomie de la région postérieure de la jambe, nous pouvons penser qu'une collection développée dans la loge postérieure de cette région gagnera l'intervalle situé entre les jumeaux et le soléaire ou, au contraire, sera située en dehors ou en dedans entre les jumeaux et les formations tendineuses

qui sont dans ces régions. Une collection développée dans la loge antérieure, c'est à-dire en avant de l'aponévrose profonde, va gagner l'espace compris entre le muscle poplité ou son aponévrose postérieure. Si cette collection descend plus bas, elle doit facilement se développer dans les interstices des muscles profonds au voisinage des ligaments interosseux, ou, utilisant la faiblesse de l'aponévrose profonde dans sa partie inférieure, venir se développer entre les muscles de la couche profonde et le soléaire. Au point de vue des organes vasculaires ou nerveux, comme les collections auront leur point de départ en arrière d'eux ou latéralement, ils seront refoulés mais rarement comprimés.

Articulation péronéo-tibiale supérieure.

La région qui nous a occupés nous présente une articulation très importante dans la pathogénie des kystes extra-poplités. Cette articulation est formée par l'extrémité supérieure du péroné qui nous offre une surface plane, convexe dans le sens antéro postérieur de un centimètre environ de diamètre destinée à s'articuler avec une facette du tibia concave. Ces deux surfaces sont mises en présence par une capsule fibreuse renforcée de deux ligaments : l'un, ligament antérieur très résistant, s'insère au devant de la facette articulaire du tibia et se dirigeant en bas et en dehors, va s'insérer au devant de la facette articulaire du péroné ; le ligament postérieur, moins résistant, s'insère d'une façon analogue à la précédente mais en arrière. Nous devons donc faire remarquer que toute expansion liquide venant de l'articulation ne pourra s'échapper que par deux endroits.

1° A la partie supéro-externe. Mais là, l'aponévrose venant s'insérer sur la tête du péroné, sur le pourtour du condyle externe du tibia, va renforcer considérablement la capsule articulaire. Les insertions du tendon du biceps en dehors vont également compléter l'appareil ligamenteux dans sa portion supérieure et, en somme, rendre à peu près impossible de ce côté là tout développement de collection liquide.

2° A la partie inféro-interne de l'articulation où il n'existe aucun appareil ligamenteux. En effet, il existera là un espace celluleux compris entre le ligament antérieur et le ligament postérieur, les insertions supérieures du long péronier et celles de l'extenseur commun. Une collection venant de l'articulation pourra donc facilement venir occuper cette portion où elle ne rencontrera, au début de son évolution, que peu de résistance.

Articulation du genou.

Nous ne considérerons de l'articulation du genou que ce qui présente de l'importance pour notre étude, c'est-à-dire la partie postérieure de cette articulation. Les deux surfaces mises en présence sont les condyles fémuraux et les plateaux tibiaux, entre lesquels sont interposés les ménisques. Ces diverses pièces sont mises en présence sur les côtés et dans leur partie postérieure par une capsule renforcée en dedans par le ligament latéral externe. Ce dernier, situé en dedans du tendon du biceps, s'insère sur la tubérosité du condyle externe du fémur, et de là descend sur la partie antéro-externe de la tête du péroné. Dans sa partie postérieure la capsule est renforcée par plusieurs ligaments formés aux dépens du tendon récurrent du demi-membraneux, ligament poplité oblique et en dehors deux faisceaux ligamenteux qui, partis l'un de la partie moyenne de la face postérieure du tibia, va s'insérer sur le condyle externe du fémur. Il les rejoint à ce niveau par un autre faisceau ligamenteux venant de la tête du péroné. Ces deux faisceaux forment le ligament poplité arqué; entre eux, passe le tendon du muscle poplité.

Synoviales et bourses séreuses.

Dans quelques cas, entre la synoviale du genou et la synoviale de l'articulation péronéo-tibiale, il existe une communication. Aussi commencerons-nous par décrire cette variété. De la synoviale du genou se détache un prolongement synovial destiné

au tendon du poplité ; parti de la synoviale sus-méniscale à la partie postéro-externe du condyle externe, ce prolongement se porte en bas et en arrière, croise obliquement la circonférence externe du ménisque correspondant, longe ensuite le côté interne de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, forme là une portion rétrécie et ensuite s'insinue entre les surfaces articulaires du péroné et du tibia.

A côté de ce type de synoviales communicantes qui existent une fois sur dix cas environ, la plupart du temps le prolongement poplité du genou descend sous le tendon poplité jusqu'au voisinage de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Enfin dans les autres cas, le prolongement poplité ne dépasse pas en bas le bord externe du muscle poplité. Nous allons donner ici un résumé des bourses séreuses du creux poplité d'après la description de Poirier :

1° Bourses sus-condyliennes ou du genou interne ;

2° Bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux ;

3° Bourse du demi-membraneux ;

4° Bourse du demi-tendineux.

(Toutes ces bourses se trouvent situées à la partie interne de la région poplitée).

A la partie externe nous allons trouver :

1° La bourse du genou externe ;

2° La bourse séparant le tendon du poplité du ligament latéral externe ;

3° La bourse du biceps ;

4° La bourse propre du tendon du poplité.

En plus de cela, nous avons, comme nous l'avons dit ci-dessus, le prolongement poplité de la synoviale du genou. Nous devrions ajouter, pour être plus complet, les procès synoviaux sus condyliens de Poirier.

III

Étude clinique des kystes de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Nous avons vu, dans les considérations anatomiques qui précèdent, que toute collection développée au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure ne peut anatomiquement gagner que la partie supérieure de la jambe. Nous devons dire que les cas de kystes arthro-synoviaux de cette articulation sont rares, car nous ne connaissons actuellement en France que quatre observations de cette lésion. Sur ces quatre observations, deux sont des observations tout à fait incomplètes que nous ne citons que pour mémoire et qui ne nous serviront en rien à connaître les lois de développement de ces kystes. Ce sont les observations de Forgue et Reclus (Obs. III) et l'observation que Mauclaire rapporte dans le Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet (Kyste poplité du genou) (Obs. IV).

Pour ce qui est des autres trois observations, nous allons les analyser. Dans une de ces observations (Obs. II), la tumeur occupait l'interstice compris entre le jambier antérieur et l'extenseur commun s'étendant en bas jusqu'au niveau de l'insertion de l'extenseur propre du gros orteil. Elle adhérait en arrière à la membrane interosseuse et en avant à l'aponévrose. On vit nettement à la partie supérieure un prolongement se dirigeant nettement vers l'articulation péronéo-tibiale. Dans l'observation VIII (Buscarlet), on trouva un kyste allongé situé en plein muscle jambier antérieur. On dut enlever pour son ablation tout le muscle jambier antérieur et on ne parle pas, dans cette observation, du point de départ du kyste. Il est probable qu'on ne vit

pas la communication qui pouvait exister avec l'articulation péronéo-tibiale, mais vu la nature du contenu du kyste et sa situation, il n'était guère possible de lui admettre une autre origine. Enfin, dans l'observation que nous avons prise dans le service de M. le professeur Demons, on vit nettement au cours de l'opération le pédicule du kyste remonter nettement vers l'articulation. Dans ce dernier cas, la tumeur s'était développée dans la loge du péronier latéral, contrairement aux deux autres.

Par ces trois observations qui nous montrent trois types différents de kystes, nous voyons trois des mécanismes que nos déductions avaient pu nous faire entrevoir se vérifier. Il reste donc encore la possibilité de se produire une variété nouvelle de kystes : le kyste de la loge de l'extenseur dont nous ne connaissons pas d'observation.

Dans ces trois cas, la poche était lobulée, formée d'une paroi fibreuse contenant un liquide gélatineux, visqueux. Dans un cas, l'examen chimique fait a montré qu'il s'agissait de mucine.

Symptomatologie de ces kystes.

Dans un cas, la tumeur évoluait depuis deux ans et a subi une augmentation rapide les trois derniers mois; dans un autre, elle évoluait depuis cinq ans.

Dans notre observation, le malade ne s'en est aperçu que deux mois environ avant l'opération et elle augmenta rapidement depuis. Dans deux cas, cette tumeur a évolué sans douleur au début.

Dans notre observation, au contraire, ce sont les douleurs qui ont attiré l'attention du malade. Ceci n'est pas pour nous surprendre et l'anatomie nous rend très bien compte de ces différences.

Dans le cas de Duplay et le cas de Buscarlet, la tumeur n'a amené aucune compression nerveuse notable au début. Au contraire, la situation de la tumeur dans la loge du long péronier et sous les nerfs tibial antérieur et musculo-cutané, dans

l'observation de M. le professeur Demons, devait forcément amener des phénomènes de compression de ces deux nerfs. Comme symptômes physiques, dans tous les cas, on remarqua la présence d'une tumeur recouverte par la peau, d'une coloration normale, sans phénomènes inflammatoires, sans adhérences, à peine quelques veines bleuâtres. La palpation de cette tumeur est indolente dans les trois cas et fait constater la présence de la fluctuation.

Au point de vue de l'indolence de la palpation dans l'observation I, cette palpation amenait, en certains points seulement, des fourmillements sur le dos du pied. Ceci s'explique encore par la compression, en ces points-là, des nerfs tibial antérieur et musculo-cutané surtout. Dans un cas, la pression de la pulpe digitale laissait une légère dépression. Dans les trois cas, la contraction des muscles, autant qu'elle était possible, immobilisait la tumeur. La sensation de tension de la tumeur était très différente dans les trois cas : consistance de lipome dans un cas; consistance de collection suppurée dans l'autre; au contraire, consistance très tendue dans l'observation I.

Il existait des phénomènes nerveux dans les trois cas. Dans un cas, il y avait parésie des extenseurs et du jambier avec anesthésie de la face dorsale des deux premiers orteils. Dans l'orservation VIII, ces troubles étaient à peine notés, ils étaient, au contraire, très accusés dans l'observation I, où les territoires du musculo-cutané et du tibial antérieur étaient intéressés.

Diagnostic. — Pour faire le diagnostic de ces kystes, on se basera surtout sur l'indolence de la tumeur, au moins à certains points, et sur son évolution lente. A ce sujet, l'accroissement rapide d'un de ces kystes peut fort bien donner à penser à une tumeur maligne développée aux dépens des os ou des parties molles. La ponction peut aider à faire le diagnostic mais ne nous paraît pas très utile car le traitement, dans les deux cas, débute par le même acte opératoire : l'incision exploratrice. Cette ponction peut néanmoins nous faire faire le diagnostic avec le kyste hydatique des muscles qui a la même évolution.

Pathogénie. — Les observations que nous rapportons sem-

blent démontrer qu'on a affaire à des kystes arthro-synoviaux, mais elle ne nous renseigne nullement sur la nature du mal. En effet, dans aucune, nous ne trouvons de lésion antérieure de l'articulation en question ou de l'articulation du genou.

Traitement. — Nous pensons qu'il est sage de proposer l'énucléation du kyste surtout dans le cas de compression nerveuse, mais dans les cas d'adhérences aux muscles, il sera peut-être utile d'enlever tout ou partie de ceux-ci. Un traitement électrothérapique terminera dans le cas de phénomènes de névrite des nerfs tibiaux ou musculo-cutané.

IV

Etude clinique des kystes développés aux dépens d'une des séreuses annexées au muscle poplité.

Nous avons ici quatre observations de ces variétés de kystes. Dans l'observation V le kyste se trouvait situé en avant des jumeaux et poussait un prolongement pédiculé sous le bord inférieur du muscle poplité. L'extrémité inférieure de ce kyste s'insinuait sous l'anneau du soléaire et adhérait intimement à la face antérieure de ce muscle. Dans l'observation VII le kyste se composait d'une masse développée au-dessus du soléaire et d'un long pédicule qui remontait le long du bord externe et inférieur du muscle poplité jusqu'au prolongement sous-poplité de la synoviale du genou, mais il ne communique plus avec la synoviale. Dans l'observation VI, le kyste siège entre la face antérieure du soléaire et le ligament interosseux, ayant dissocié les muscles intermédiaires, il possède un pédicule se terminant dans le prolongement sous-poplité de la synoviale du genou au-dessous du muscle poplité. Enfin dans l'observation IX le kyste était développé dans le soléaire vers sa face antérieure mais l'observation de ce cas est trop écourtée et ne nous donne aucun renseignement sur ses rapports.

Symptomatologie. — Ces quatre cas de kystes développés aux dépens de l'appareil séreux annexé au poplité, ne peuvent nous renseigner beaucoup sur l'évolution et la symptomatologie de ces variétés. En effet, deux de ces observations sont prises sur des pièces anatomiques des amphithéâtres de dissection. Une autre est incomplète. Dans la quatrième, le kyste mit trois mois à évoluer et amena simplement de la gêne de la marche. A l'inspection, on ne voyait pas de tumeur mais la palpation faisait

sentir une tumeur rénitente, irréductible et indolente. Il n'existait pas de compression nerveuse quoique le nerf tibial postérieur fût refoulé en dehors.

Diagnostic. — Le diagnostic dans ces cas doit être fait avec un kyste intra-musculaire d'une autre origine, avec une tumeur maligne et avec toute collection liquide intra-musculaire inflammatoire.

Pathogénie. — Trois de ces kystes nous paraissent nettement devoir être rattachés au prolongement sous-poplité de la synoviale du genou. Pour le quatrième cas, ses relations avec les synoviales ne sont pas mentionnées.

Traitement. — Ici, comme pour les kystes antérieurs, nous pensons que l'énucléation du kyste est ce qu'on peut faire de mieux, mais elle peut ne pas être très facile dans les cas où elle siège dans la loge antérieure du mollet.

Relations qui existent entre les kystes du mollet et les kystes de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Nous venons de voir que les kystes du mollet, dont nous avons pu réunir les observations, se développent aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoviale de l'articulation du genou. Nous savons, d'autre part, que les kystes de la loge antérieure de la jambe sont développés aux dépens de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Comme au point de vue anatomique nous connaissons les relations qui existent entre les synoviales de ces articulations, il est permis de faire remarquer l'analogie qui existe entre ces kystes. Ils sont tous arthro-synoviaux, selon toute probabilité se développent dans des conditions précises guidés par les formations anatomiques de la région et dérivent en somme d'une séreuse qui est parfois un unique prolongement.

Observation I

Prise dans le service de M. le professeur Demons.

Kyste synovial de l'articulation péronéo-tibiale supérieure ayant comprimé et soulevé les nerfs tibial antérieur et musculo-cutané.

M... Jean, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 25 novembre 1906, dans le service de M. le professeur Demons, salle 18, lit 23.

En l'interrogeant, on ne retrouve aucune hérédité morbide : son père et sa mère sont bien portants ; ses grands parents sont morts de vieillesse ; sa femme et ses enfants (deux filles) sont bien portantes.

Personnellement, il ne se rappelle avoir eu aucune maladie. C'est du reste un homme très robuste, de taille au-dessus de la moyenne, mais sans obésité. Il ne s'est jamais livré à la boisson de façon notable, fume modérément. Il exerce la profession d'employé dans un bureau de la gare du Midi.

Histoire de la maladie. — Il y a environ deux mois, il commence à ressentir des douleurs assez vives dans la jambe et le pied gauches. Ces douleurs s'exaspéraient par la marche et s'atténuaient la nuit et par le repos. A ce moment, un médecin consulté pense qu'il s'agissait de douleurs rhumatismales, ne constata pas de tuméfaction au niveau de la jambe douloureuse et fit faire comme traitement des frictions avec du salicylate de méthyle et du chloroforme. Ces frictions amenèrent un apaisement notable des douleurs, mais au bout de quelques jours et progressivement le malade constata qu'il soulevait difficilement son pied gauche, en même temps il vit apparaître, à quatre travers de doigt au-dessous du genou, dans la région externe de la jambe, une tuméfaction ; il revint trouver son médecin qui, en présence des nouveaux symptômes, l'adresse à la consultation de M. le professeur Pitres. Celui-ci pensa avoir affaire à une névrite du tibial, et l'envoya à l'électrothérapie, où M. le professeur Bergonié lui fit un traitement d'un mois ; ce traitement améliora sensiblement les phénomènes de paralysie, mais comme la tumeur augmentait légèrement de volume, les médecins traitants conseillèrent au malade d'entrer à l'hôpital dans le service de M. le professeur Demons pour subir l'extirpation de la tumeur.

Examen du malade à son entrée salle 18. — En découvrant les deux membres inférieurs jusqu'au genou, on constate que le pied gauche est en flexion sur la jambe et en léger varus équin. Pas de modifications appréciables de la peau au niveau du pied et de la jambe gauche, pas de veinosités sous-cutanées anormales. Au niveau de la partie supérieure de la jambe gauche, dans la région externe, à deux travers de doigt au-dessous de la tête du péroné et en partie à cheval sur la face interne de cet os, on perçoit à la vue une tuméfaction du volume d'un petit œuf de poule, à grand axe à peu près vertical.

A la palpation, on ne constate pas de modification de la peau sus-jacente à la tumeur. Elle glisse librement dans tous les sens. Plus profondément, on peut apprécier la tumeur qui présente les caractères suivants : tuméfaction rénitente, élastique, mais donnant l'impression de liquide dans une capsule sous forte tension. Elle n'est pas nettement sphérique, elle présente une incisure médiane qui lui donne un commencement de bilobulation. La palpation de cette tumeur est absolument indolore. Si on essaie de se rendre compte des connexions de la tumeur avec les plans voisins, nous voyons qu'à l'état de relâchement musculaire de la jambe elle présente une légère mobilité latérale, tandis qu'elle est complètement immobile dans le sens vertical et antéro-postérieur, elle n'est nullement réductible. Elle ne présente pas non plus de battements ou d'expansion. Dans sa partie supérieure, elle semble se continuer par un cordon mollasse qui suit la tête du péroné dans sa partie antéro-interne et semble se perdre dans la partie supérieure de l'espace interosseux. En dehors et semblant partir de la tumeur, on sent un autre cordon dur, sphérique, qui contourne le col du péroné et se trouve exactement sur le trajet du sciatique poplité externe. Il s'agit bien, en effet, que ce soit ce nerf qui, soulevé par la tumeur, est rendu accessible, car la pression sur ce cordon détermine des fourmillements dans la face dorsale du pied. Ces mêmes fourmillements sont encore déterminés en pressant sur certains points de la tumeur. Quand on fait contracter les muscles extenseurs, autant au moins qu'il est possible au malade, et ensuite les muscles péroniers latéraux, on sent que la tumeur est complètement immobilisée dans tous les sens. Elle semble,

dans ce cas, moins perceptible dans sa partie antéro-inférieure et séparée de la peau par une partie dure et d'une certaine épaisseur qui est évidemment la partie supérieure du muscle long péronier latéral. Au contraire, elle devient plus saillante et nettement fluctuante dans sa partie supra-externe qui déborde alors le péroné en dehors et se continue nettement avec le cordon que nous avons décrit comme étant probablement le sciatique poplité externe. Cette partie semble être placée directement sous la peau. Au-dessous de cette tuméfaction, la loge antéro-externe de la jambe est légèrement moins saillante que celle du membre droit. Les muscles extenseurs sont moins volumineux que ceux du côté opposé; le jambier antérieur fait, à la partie interne de cette loge, une saillie qui paraît normale; la mensuration de la jambe, au-dessous de la tumeur, donne une diminution de circonférence d'un centimètre sur celle de la jambe droite.

Etat fonctionnel et troubles nerveux. — Le malade ne peut faire par la volonté l'extension des quatre derniers orteils. Cette impossibilité est surtout accusée pour les 2e, 3e et 4e orteils. L'extension du pouce est possible, mais semble se faire avec moins de force que celle du côté opposé. Le jambier antérieur se contracte faiblement, les péroniers latéraux ont gardé leur fonction avec une diminution notable. Tous les autres muscles de la jambe se contractent normalement.

L'examen de la sensibilité montre une zone d'hypoesthésie s'étendant depuis le milieu de la jambe jusqu'à l'interligne scapho-astragalien, limitée en dehors par le péroné, en dedans par une ligne parallèle à la crête du tibia et à un centimètre environ en dehors de cette crête. L'hypoesthésie est très nette au contact, à la piqûre et à la chaleur. La localisation du contact est également défectueuse, le malade rapportant toujours à plusieurs travers de doigt au-dessus du point réel, le point touché.

Comme troubles subjectifs, outre les douleurs, le malade ressent de temps en temps la sensation de brûlure sur le dos du pied, et a la sensation d'engourdissement de la région hypoesthésiée.

Examen des autres organes. — L'examen des autres organes est négatif. Le malade a un état général excellent, il n'a pas maigri, ne se sent pas affaibli, n'a jamais eu de fièvre.

L'examen d'urine pratiqué le 20 novembre ne montre aucune anomalie de l'excrétion urinaire. Pas de pigments mélaniques.

Une radiographie de la jambe portant la tumeur montre l'intégrité du tibia et du péroné.

Examen électrique des muscles et nerfs. — L'examen électrique des muscles de la jambe est pratiqué le 5 décembre par M. le professeur Bergonié. Il donne les résultats suivants :

Jambier antérieur . . . . . Extenseur propre du gros orteil. Extenseur commun des orteils. Péroniers latéraux	Excitabilité faradique presque abolie.
Nerf sciatique poplité externe . .	Excitabilité faradique presque abolie.
Jambier antérieur . . . . . Extenseur propre du gros orteil. Extenseur commun des orteils. Péroniers latéraux	Excitabilité galvanique conservée.
Nerf sciatique poplité externe . .	Excitabilité galvanique conservée.

Mais pour tous ces muscles, secousse lente à l'excitation galvanique. Les résultats s'accorderaient avec un diagnostic impliquant une lésion ou compression du sciatique poplité externe.

Devant l'évolution assez rapide de la tumeur, les symptômes de compression des nerfs et la non-amélioration des phénomènes paralytiques, M. le professeur Demons, craignant qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne, par exemple un ostéo-sarcome du péroné, se décide à intervenir.

Opération. — Le 5 décembre, après anesthésie au chloroforme, M. le professeur Demons, pratique sur la tumeur parallèlement au bord externe du péroné une incision de huit centimètres commençant au niveau de la tête du péroné et allant à un centimètre au-dessous de l'extrémité inférieure de la tumeur. Après incision de la peau et de l'aponévrose, il tombe sur une tumeur accessible dans sa partie moyenne, transparente, lobulée par deux travées tendues. La dissection attentive de la portion accessible de la tumeur montre que ce qui, en avant, la bride n'est autre que les deux branches de division du sciatique poplité externe, le musculo-cutané et le tibial anté-

rieur qui, soulevés par la tumeur comme par un chevalet, se sont creusé deux lits, et amènent ainsi sa lobulation. Leur dégagement terminé, après section de quelques-unes des fibres supérieures du muscle long péronier latéral, sous lesquelles siégeait le prolongement inférieur de la tumeur, il ne restait plus qu'à suivre cette tumeur qui, jusqu'ici, avait pu être disséquée sans être ouverte jusqu'à ses attaches supérieures. M. le professeur Demons s'aperçut alors que cette tumeur se continuait par un pédicule de même nature qui, situé entre le péroné et les insertions supérieures du long péronier latéral et recouvert par elle, allait ensuite vers la partie interne de la tête du péroné qu'il contournait pour aller se perdre vers l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Il fit alors la dissection de ce pédicule aussi loin qu'il put le poursuivre et ensuite la section. Dans ce temps de dissection, une artère d'un certain volume, peut-être la tibiale antérieure, fut sectionnée. Il termine l'intervention par la suture des muscles; drainage par un drain de petit calibre; pansement légèrement compressif.

Suites opératoires normales. Ablation du drain le quatrième jour; ablation des agrafes de Michel le cinquième jour. Guérison par première intention.

Dans les jours qui suivirent l'opération, le malade observa la diminution rapide des douleurs, mais il n'y eut pas d'atténuation immédiate des troubles moteurs ou sensitifs.

Le malade sortit de l'hôpital le 21 décembre 1906, c'est-à-dire seize jours après l'intervention, mais avec les mêmes symptômes fonctionnels qu'avant l'intervention. On l'adressa de nouveau à M. le Dr Bergonié, mais après un mois de traitement électrothérapique nouveau, il ne reparut plus au service d'électricité médicale.

Il revint aux consultations chirurgicales de M. le professeur Demons, à l'hôpital Saint-André, jusqu'au mois de février, où on put constater que, consécutivement à l'opération et à l'électrisation (trois séances par semaine), les mouvements d'extension du pied sur la jambe reprenaient de l'amplitude. On constata également que la zone d'hypoesthésie qu'on avait notée avant l'intervention avait complètement disparu. La sensibilité était redevenue normale au contact, à la piqûre, mais le malade avait encore parfois la sensation d'engourdissement.

Depuis le mois de février 1907, le malade ne reparut plus aux consultations de M. le professeur Demons, mais depuis on sut qu'il avait repris son service à la gare du Midi.

Sur notre demande, nous avons pu l'examiner le 20 novembre 1907.

Depuis le mois de février, les douleurs ont complètement disparu. Les diverses qualités de sensibilité sont normales au niveau de la jambe gauche et du pied gauche. Les mouvements d'extension du pied sont actuellement aussi accusés que ceux du côté opposé. Ce retour de la fonction motrice s'est fait très rapidement à partir du mois de mars, et depuis le mois le juillet, le malade n'a plus de claudication.

Mais au point de vue physique, la guérison ne paraît pas parfaite, car le malade a vu apparaître au mois de juin, à la partie inférieure de la cicatrice, une saillie assez irrégulière, ovalaire dans sa forme générale, indolore. A la palpation, cette saillie est mollasse quand le malade ne contracte pas ses muscles, mais, quand on lui fait faire des mouvements d'extension du pied et des orteils sur la jambe, elle se durcit et diminue de volume. Néanmoins elle n'est pas complètement réductible. Le malade a consulté à ce sujet deux médecins qui ont déclaré qu'il s'agissait d'une hernie musculaire. La mensuration, au niveau de la tumeur, donne un centimètre de plus de circonférence en faveur de la jambe malade.

En somme, malgré l'apparition de cette nouvelle affection qui est vraisemblablement une hernie musculaire, et qui ne cause aucune gêne au malade, celui-ci a récupéré toutes les fonctions de ses nerfs tibial, antérieur et musculo-cutané.

Observation II

Huguier-Duplay. *In* thèse Rouxel.

Kyste synovial de la région antéro-externe de la jambe gauche communiquant avec l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Le nommé A. H..., peintre en bâtiments, âgé de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Duplay, le 10 avril

1900, pour une petite tumeur de la partie supérieure de la jambe gauche, à la région antéro-externe.

Les antécédents personnels du malade ne révèlent rien d'intéressant au point de vue de l'affection actuelle, du moins en ce qui concerne le genou et la jambe : aucun traumatisme, aucune inflammation. Interrogé sur ses affections antérieures, il ne se rappelle qu'une légère bronchite, il y a trois ans; mais, depuis, il aurait toussé chaque hiver, sans hémoptysie. Il aurait, en outre, un peu maigri depuis un mois.

Début. — La tumeur de la jambe a été perçue la première fois, par le malade, il y a deux ans environ. Elle a toujours été absolument indolente, ne le gênant même pas. Au début, elle disparaissait par la pression. Depuis trois mois, elle a augmenté plus rapidement et sans douleur.

État actuel. — On remarque, en effet, dans la région déjà indiquée, une tumeur de la grosseur d'un œuf ou d'une petite orange, hémisphérique, dont la limite supérieure est à 5 centimètres de l'interligne articulaire du genou. Le bord interne correspond à peu près au milieu de la face antérieure de la jambe ; les dimensions de haut en bas sont de 8 centimètres et de dehors en dedans également de 8 centimètres. La crête du tibia est séparée de la tumeur par un intervalle de 2 centimètres. Sur cette tumeur, la peau, de coloration et de souplesse normales, glisse librement. On y remarque seulement quelques veines bleuâtres dilatées à la partie inférieure. Vers cette partie, la tumeur, partout ailleurs nettement limitée, se continue par une espèce de traînée indurée. La palpation, indolente, ne laisse aucun doute sur l'existence de la fluctuation; le doigt laisse une très légère dépression, après que l'on a appuyé fortement, mais bien moins sensible que dans le cas d'œdème.

Le malade présente quelques troubles nerveux, une gêne des mouvements d'extension du pied dus évidemment à la compression du nerf tibial antérieur, et de ses rameaux destinés au jambier antérieur et à l'extenseur commun des orteils. On observe en outre de l'anesthésie de la face dorsale des deux premiers orteils.

En présence de ce symptôme, en considérant l'état général du malade qui se plaint de toux et d'amaigrissement, on pourrait crain-

dre que la tumeur ne fût constituée par un abcès froid ; mais, nul point osseux douloureux. Nulle localisation pulmonaire à l'auscultation autorisant ce diagnostic. Du reste, toute hésitation dut cesser devant la ponction exploratrice, qui, pratiquée à la partie la plus déclive, ramène un liquide très visqueux et transparent, « gelée de pomme ».

Opération le 13 avril 1900. — Incision du kyste qui soulève l'aponévrose de la jambe ; dans le tissu cellulaire, un peu de « gelée de pomme » échappée par une éraillure de l'aponévrose due vraisemblablement aux nombreuses palpations subies par le malade dans la salle. On reconnaît que la membrane fibreuse fait corps avec les tissus voisins. Le kyste occupe l'intervalle du jambier antérieur et de l'extenseur commun et comprime en bas l'insertion de l'extenseur propre du gros orteil. Le jambier antérieur est refoulé en dedans ; il est antérieurement contenu dans la loge antérieure de la jambe adhérent en arrière à la membrane interosseuse, en avant, à l'aponévrose de la jambe ; quant aux vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs, ils ne sont pas vus au cours de l'opération et sont sans doute en arrière et en dedans du kyste.

On comprend ainsi très bien les troubles de la sensibilité et de la motilité observés sur le malade. A la partie supérieure de la tumeur, un prolongement se voit très facilement et se dirige pédiculisé vers l'articulation péronéo-tibiale supérieure. La dissection semble très difficile ; on curette simplement l'intérieur du kyste qui est cautérisé à l'eau phéniquée forte, après ligature du pédicule pour préserver l'articulation de toute propagation infectieuse.

La plaie est ensuite bourrée de gaze iodoformée.

Le malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines.

Observation III

Forgue et Reclus, *in* Traité chirurgical, 1892, p. 264.

« Nous venons d'extirper un kyste au niveau de l'articulation » péronéo-tibiale supérieure ».

Observation IV

Mauclaire, *in* Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

« Etant donné que dans un cas de kyste placé sous la peau, à » 3 centimètres en avant de la tête du péroné, nous sommes tombé » tout d'abord sur un tissu mou, gélatineux, prékystique tout parti- » culier. Quant au kyste, il communiquait par un pédicule profond, » tortueux, avec l'articulation péronéo-tibiale supérieure ».

Observation V

Marion.

Kyste synovial du mollet.

Le nommé Georges C..., âgé de 40 ans, garçon de bureau, salle Saint-Landry, n° 52, est entré à l'hôpital pour une petite tumeur de la partie supérieure du mollet droit. On ne retrouve, dans ses antécédents personnels, aucune affection du genou, et, au moment de l'examen du malade, on ne découvre, en effet, aucune altération de l'articulation, qui ne contient pas de liquide. Il y a sept mois, il ressentit des douleurs dans le mollet droit et dans le creux du jarret ; il boitait même un peu. Ses douleurs ne persistèrent pas.

C'est depuis trois mois seulement que le malade s'est aperçu de la présence de cette tumeur qui le gêne pendant la marche sans occasionner cependant de vraies douleurs. L'inspection du mollet et du jarret ne décèle rien d'anormal, mais la palpation du mollet révèle une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, ovoïde, allongée dans le sens vertical ; le grand axe est légèrement oblique en haut et en dehors.

L'extrémité supérieure, arrondie, se trouve à trois bons travers de doigt du creux du jarret.

La palpation attentive fait sentir, à l'extrémité supérieure, un pédicule très mince se dirigeant en haut et en dehors, vers le condyle externe du tibia. La tumeur est nettement située au-dessous des jumeaux et peu perceptible pendant leur contraction ; pendant

leur relâchement, on peut la mobiliser dans le sens transversal, mais non dans le sens vertical. Par la contraction du triceps sural, on voit que la tumeur ne présente pas de connexion étroite avec le muscle. La tumeur est de consistance rénitente. On ne parvient à la réduire dans aucune position. Toutes les manœuvres la laissent indolente.

Le diagnostic était difficile à cause de la profondeur de la tumeur et de la consistance incertaine. On élimina le diagnostic de névrome auquel on aurait pu penser simplement à cause des douleurs du début, celles-ci ayant disparu complètement. On élimine de même la dilatation de la veine saphène externe qui ne présentait aucune varicosité. Aucune fièvre, aucune douleur osseuse ou articulaire ne pouvait faire penser à un abcès froid, ou à un adéno-phlegmon. On posa donc le diagnostic de kyste poplité, venu de la bourse séreuse du jumeau externe, probablement, et peut-être en connexion avec l'articulation sans communication ; on pensa cependant aussi à un kyste médian folliculaire à pédicule allongé ; mais il semblait plutôt que le pédicule était senti se dirigeant en haut et en dehors, d'autre part l'intégrité du genou s'alliait moins bien avec cette dernière hypothèse.

Opération le 28 novembre 1899. — Une incision verticale médiane de la peau, du tissu cellulaire et de l'aponévrose de la jambe et du creux du poplité qui ménagea la veine saphène externe, conduisit sur les muscles jumeaux. Ceux-ci furent écartés l'un de l'autre, et dans leur intervalle, apparut le kyste. Celui-ci, par son extrémité supérieure, envoyait un prolongement pédiculé sous le bord inférieur du muscle poplité ; sa partie moyenne, verdâtre, allongée verticalement sur la ligne médiane, était large de deux travers de doigt, et la longueur du kyste de 4 centimètres, dimension supérieure à celle qu'on avait cru pouvoir lui assigner pendant l'examen clinique. L'extrémité inférieure s'insinuait par l'anneau du soléaire, qui dut être incisé, et adhérait si intimement à la face antérieure de ce muscle, qu'on dut couper en plein muscle pour l'extirper complètement. Quant au pédicule supéro-externe, senti à l'examen clinique, il ne parut répondre à aucun prolongement du kyste. Le pédicule fut lié et sectionné sans que l'on disséquât la face antérieure du muscle poplité ; il n'y avait pas de réductibilité, mais sans doute communication difficile avec la synoviale.

A l'ouverture du kyste, on trouva un contenu gélatineux analogue à celui des kystes poplités. La guérison se fit sans incidents.

Observation VI

Poirier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1885, p. 198.

Kyste poplité développé aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoviale du genou.

J'ai trouvé ce kyste en disséquant le mollet d'un sujet mâle d'environ quarante ans. Il se compose d'une masse principale développée au-dessous du soléaire vers le tiers supérieur de ce muscle, et d'un long pédicule qui remonte le long du bord externe et inférieur du muscle poplité jusqu'au prolongement sous-poplité de la synoviale du genou.

La longueur totale du kyste est de 10 centimètres, sa largeur de 4 centimètres, au niveau de la masse principale, diminue progressiment au niveau du pédicule qui finit par un lobule kystique effilé au contact de la bulle poplitée du prolongement poplité de la synoviale du genou avec lequel il ne communique plus. La surface mamelonnée de la tumeur lui donne l'apparence polykystique ; ses parois sont peu épaisses, transparentes, le contenu est formé par une substance colloïde, semblable à de la « gelée de groseilles ».

L'ouverture longitudinale du kyste me permit de voir que tous les lobules communiquaient entre eux ; cependant j'aperçus dans la paroi kystique même de petits grains kystiques de la grosseur d'un grain de millet, qui me parurent ne pas communiquer avec la cavité principale. Le pédicule de ce kyste était à cheval sur le bord externe du muscle poplité. Il envoyait un prolongement de 3 centimètres sous la face profonde de ce muscle entre le poplité et le ligament interosseux. L'articulation ouverte montre les lésions d'une arthrite chronique avec léger épanchement.

Observation VII

Kyste poplité d'origine articulaire.

Poirier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1886, p. 41.

En disséquant le mollet d'un sujet mâle d'environ 30 ans, nous trouvons, soulevant et écartant les fibres du soléaire dans son tiers supérieur, une production kystique à grand axe longitudinal ayant cinq centimètres, à petit axe transversal de deux centimètres.

Ce kyste, à parois très minces, d'apparence multiloculaire, paraît rempli d'un liquide « gelée de groseille » de consistance faible.

Nous écartons les fibres du soléaire et des muscles sous-jacents entre lesquels le kyste s'enfonce et nous arrivons jusqu'au ligament interosseux sur lequel la masse kystique contracte quelques adhérences faciles à détacher. Nous constatons alors que ce kyste finit inférieurement à douze centimètres de l'interligne articulaire du genou par un gros lobule arrondi du volume du pouce, tandis que, supérieurement, il s'effile brusquement pour s'engager dans le muscle poplité. Nous disséquons le poplité et nous le séparons en deux par une section verticale qui permet de rejeter en dehors une portion tendineuse, en dedans de son triangle musculaire. Alors, nous voyons le kyste prolongé par un pédicule long et mince au-dessous du poplité jusqu'au prolongement en cul-de sac que la grande synoviale articulaire du genou envoie sous le tendon de ce muscle. L'hypothèse que nous étions en présence d'un kyste du mollet, prolongation d'un kyste poplité articulaire, se confirmait. Afin de mieux voir les rapports du kyste avec la synoviale du genou, nous injectons celle-ci au suif par la rotule et nous voyons nettement son prolongement poplité se mettre en contact avec le lobule supérieur du kyste. Le prolongement synovial n'est séparé du lobule kystique avec lequel il entre en contact que par son feuillet synovial si mince, comme on le sait, et la moindre pression suffisait à faire passer l'injection dans le kyste qui se tend lorsqu'on appuie sur l'injection encore liquide du genou.

L'aspect de ce kyste est donc le suivant : une masse principale,

intra-soléaire, formée de gros lobules à paroi mince et transparente, les plus gros du volume d'une noisette, les plus petits du volume d'un petit pois et un pédicule sous-poplité long de 5 centimètres, large de 6 à 10 millimètres, d'apparence multiloculaire comme la masse principale, mais dont les lobules n'ont que le volume d'une lentille ou d'un très petit pois. Il nous paraît logique de conclure que le kyste herniaire demeurait petit tant qu'il est resté sous le poplité, qui le bridait; a pu grandir et dilater ses lobules quand il est arrivé sous le soléaire à fibres beaucoup plus lâches; nous avons parlé à plusieurs reprises de l'apparence multiloculaire du kyste. Ce n'est, croyons-nous, qu'une apparence, car il nous arrive, en disséquant le pédicule, de piquer sur un des lobules supérieurs. La gelée sort par cette piqûre et cette sortie est activée par la pression sur un point quelconque de la tumeur. Pareille chose ne se produirait pas si les différents lobes ne communiquaient pas entre eux.

Rapports du kyste avec les parties voisines. — On connaît déjà ses rapports avec la synoviale articulaire du genou et les muscles de la région. Les rapports avec les vaisseaux et nerfs sont les suivants : le tronc vasculo-nerveux tibio-péronier passe au-dessus du poplité en suivant une direction parallèle à celle du kyste, vers le bord inférieur de ce muscle les vaisseaux et nerfs sont rejetés en dehors par la masse kystique principale. Le nerf et l'artère descendent longitudinalement entre le kyste et la face postérieure du péroné. L'artère tibiale antérieure, qui naît à ce niveau, est fortement appliquée sur le bord interne du péroné avec lequel elle contracte de solides adhérences.

Le kyste repose sur le ligament interosseux et le repousse en avant, si bien que lorsque nous enlevons les muscles de la région antéro-latérale de la jambe, le ligament apparaît convexe en avant et présente de grandes éraillures entre lesquelles proéminent deux petits lobules kystiques.

Observation VIII

Kyste muqueux intra-musculaire.

Buscarlet, *Bulletin de la Société anatomique,* 1894, p. 74.

Un homme âgé de 59 ans vit se développer, il y a cinq ans, à la partie supérieure de la jambe gauche, une tumeur grosse comme une noix, assez douloureuse, en même temps que sa jambe devenait de plus en plus faible.

Dans ses antécédents, on pouvait noter des accès de fièvres intermittentes, il y a trente ans, et depuis de longues années, une bronchite chronique avec dilatation des bronches.

Insensiblement la tumeur a grossi, la gêne de la marche s'est accentuée et a nécessité l'entrée du malade à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Reclus.

A l'examen du malade, dans la région antérieure de la jambe, on trouvait une tumeur allongée verticalement, s'étendant du tubercule du jambier antérieur jusqu'à quinze centimètres au-dessous, et latéralement de la crête tibiale au péroné. Elle formait une saillie sous la peau qui ne présentait ni altération à son niveau, ni adhérence avec elle. Elle faisait corps avec le muscle et se mouvait seulement avec lui.

Douloureuse à la pression, cette tumeur était molle, se laissait facilement déprimer, elle était faussement fluctuante. Sa consistance était celle d'un lipome.

Les mouvements de flexion du pied sur la jambe existaient, mais le malade était rapidement fatigué. Cependant, il n'y avait pas de claudication. L'état général était excellent, il n'existait ni adénite inguinale, ni aucune autre tumeur sur le corps. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, le malade fut soumis à un traitement spécifique qui n'a donné aucune amélioration.

Le diagnostic était des plus obscurs, on fit une ponction avec la seringne de Pravaz; et on ne retira que quelques goutelettes d'une substance gélatineuse jaune clair, trop compacte pour passer l'aiguille.

Au microscope, on n'y trouve pas de crochets.

Le 18 décembre 1888, M. Reclus fit une grande incision suivant l'axe de la tumeur, l'aponévrose du jambier ayant été mise à nu, il découvrit le corps charnu de ce muscle; une mince couche de fibres musculaires était à peine incisée, qu'on vit sourdre de l'intérieur du muscle une quantité considérable de substance gélatineuse. On dut désinsérer complètement le muscle de haut en bas et sectionner au niveau du tendon. Les muscles voisins comprimés par la tumeur étaient sains. Un pansement compressif fut appliqué, et le dix-huitième jour, quand on l'enleva, tout était réuni et le malade se levait.

Description de la tumeur. — C'est un kyste allongé, situé en plein muscle, anfractueux, envoyant des cavités secondaires, en doigts de gant, dans divers sens, cloisonné incomplètement en plusieurs points. Il est formé d'une paroi fibreuse intimement adhérente aux fibres musculaires sur toute sa périphérie, lisse en dedans.

Le contenu est un liquide visqueux, gélatineux, jaunâtre; l'examen chimique a démontré qu'il était entièrement composé de mucine.

L'examen microscopique, que MM. les D^ss^ Brault et Letulle ont eu l'obligeance de vérifier, a démontré que la paroi était bien uniquement formée de tissu fibreux et que le muscle présentait des lésions de sclérose interstitielle qu'on rencontre au voisinage de toutes les tumeurs. Quant au liquide, il ne contient ni crochets ni rien de particulier, c'est de la mucine. Il s'agit donc d'un kyste muqueux développé dans l'intérieur d'un muscle, dont il avait fini par occuper toute la loge, ne laissant autour de lui qu'une mince couche de fibres musculaires.

Observation IX

Baraduc, *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 449.

Kyste de la partie supérieure du muscle soléaire.

Il s'agit d'un kyste de la partie supérieure du muscle soléaire gauche, provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Del-

bet. L'histoire clinique du malade peut être résumée de la façon suivante : Entré le 6 avril pour une grippe, il présente, au bout de peu de temps, des phénomènes inflammatoires au niveau de la partie supérieure du mollet gauche. A ce niveau, il y avait de la douleur, de la chaleur et une tuméfaction profonde paraissant siéger dans le soléaire. La tumeur présentait en outre des battements et un souffle systolique. Le malade est très affaibli et atteint d'une grosse lésion aortique. On ne fit aucune intervention chirurgicale. Le 6 juin, il mourut subitement de son insuffisance aortique.

Autopsie. — On trouva un petit anévrysme siégeant sur le tronc tibio-péronier et, immédiatement au-dessus de cet anévrysme, un kyste intra-musculaire développé dans le soléaire, à la face profonde du muscle. Ce kyste, de la grosseur d'une mandarine, était très tendu. A son ouverture, il s'écoula un liquide transparent et visqueux dont il était rempli. On peut constater sur la pièce l'aspect tout particulier de ce kyste, dont la paroi, d'apparence fibreuse, est parcourue par des travées nombreuses qui donnent à cette paroi un aspect aréolaire.

CONCLUSIONS

I. On peut distraire de l'étude générale des kystes poplités deux variétés de kystes qui présentent entre eux quelques analogies :

1° Les kystes du mollet ;

2° Les kystes de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

II. Tous ces kystes sont des kystes arthro-synoviaux autant que peut permettre de l'affirmer le nombre restreint d'observations que l'on possède.

III. Au point de vue pathogénique, les kystes du mollet sont développés aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoviale du genou et les kystes antérieurs de la jambe aux dépens de l'articulation péronéo-tibiale supérieure qui n'est souvent qu'une expansion de ce prolongement sous-poplité.

IV. Tous ces kystes sont guidés dans leur formation par les conditions anatomiques de la région où ils se développent. Aussi n'offrent-ils pas de variétés bien dissemblables.

V. La symptomatologie varie avec la variété et peut être très précise pour les kystes développés aux dépens de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

VI. Le traitement de choix est l'énucléation.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. DEMONS.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 novembre 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FOUCHER. — *Revue médico-chirurgicale*, 1854, et *Archives générales de médecine*, 1856.

LONGY. — Thèse de Paris, 1852. Sur le diagnostic des tumeurs de la région poplitée.

BAUDOUIN. — Thèse de Paris, 1855. Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée.

OLIVIER. — Thèse de Paris, 1855. Sur le diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité.

LEGRAS. — Thèse de Paris, 1873. Des kystes des bourses synoviales tendineuses du creux poplité.

PHILIPPI. — Thèse de Paris, 1873. Essai sur les synovites tendineuses et les kystes péritendineux.

PARIS. — Des synovites tendineuses chroniques et des kystes synoviaux des gaines digitales isolées. Thèses de Paris, 1878.

NICAISE. — *Revue de chirurgie*, 1883.

NANCRÈDE. — Encyclopédie de chirurgie, III, p. 105.

SCHWARTZ. — Dictionnaire Jaccoud. Article « *Poplité* ».

TESTUT et JABOULAY. — Dictionnaire Dechambre.

POIRIER. — *Archives générales de médecine*, 1886.

— *Bulletin Société anatomique*, 1886.

— Compte rendu. Congrès de Berlin, 1890.

GARNIER. — Thèse de Paris, 1890. Etude sur les kystes poplités.

LAMOTTE. — Thèse de Paris, 1897. Contribution à l'étude des kystes du creux poplité.

Hémet. — Thèse de Paris, 1900. Contribution à l'étude des kystes poplités.

Astier. — Rhumatisme tuberculeux et kystes poplités tuberculeux. Thèse de Lyon, 1902.

Rouxel. — Kystes extra-poplités, Thèse de Paris, 1900.

Testut et Jacob. — Anatomie topographique.

Poirier. — Anatomie descriptive.

30,182. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., 17, rue Poquelin-Molière.